ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 23-22

Date de publication : 15 novembre 1997

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 5)*

ÉCLOSION D'OREILLONS CHEZ DE JEUNES ADULTES — VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE)	F-1	169-172
PESTE HUMAINE MORTELLE — ARIZONA ET COLORADO, 1996	F-3	172-175
ERRATUM	F-5	175-176

Pagination officielle :

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

ÉCLOSION D'OREILLONS CHEZ DE JEUNES ADULTES — VANCOUVER (COLOMBIE-BRITANNIQUE)

Les oreillons sont une maladie virale aiguë causée par un agent infectieux, *Paramyxovirus*. Aux fins de la surveillance, un cas est défini par les symptômes cliniques suivants : fièvre et oedème douloureux à la palpation et spontanément résolutif au niveau des glandes salivaires, durant ≥ 2 jours sans autre cause apparente[1]. En janvier et février 1997, un nombre imprévu de cas d'oreillons a été signalé au *Vancouver/Richmond Health Board* (V/RHB). Une enquête a été entreprise en collaboration avec le *British Columbia Centre for Disease Control* (BCCDC). Entre le 1er janvier 1997 et le 31 mars 1997, 83 cas d'oreillons au total ont été déclarés par le biais du système de surveillance des maladies transmissibles de la Colombie-Britannique.

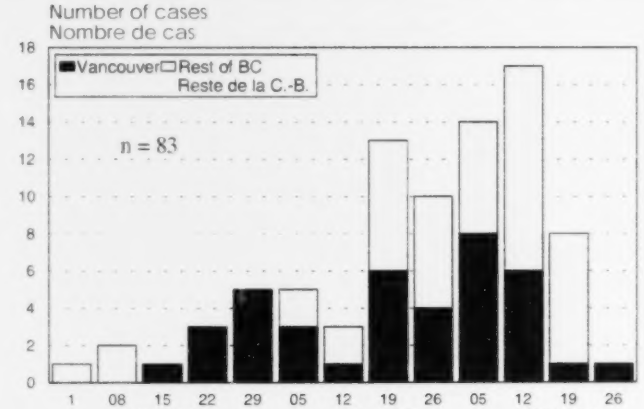
La figure 1 donne un aperçu des courbes épidémiques pour la région de Vancouver et le reste de la province. Le V/RHB a avisé les médecins de Vancouver de l'éclosion d'oreillons au cours de la semaine du 26 février au 4 mars, et un communiqué de presse contenant des renseignements sur l'éclosion destinés à la population a été émis le 3 mars.

Quarante-six pour cent (38/83) des cas sont survenus dans la région de Vancouver relevant du V/RHB. Le taux d'oreillons en C.-B. est passé de 1.4 pour 100 000 personnes-années, valeur établie pour la période de référence 1992 à 1996, à 8.4 pour 100 000 pour la période de janvier à mars 1997 (rapport de taux = 6,2), tandis que le taux dans la région de Vancouver a grimpé de 0,2 à 27,8 (rapport de taux = 126). Cinquante et un pour cent (41/81) des cas dont on connaissait le sexe était des femmes; le sexe n'était pas indiqué dans deux cas.

Cinquante-cinq pour cent (46/83) avaient entre 15 et 24 ans, l'âge médian étant de 20 ans.

Le tableau 1 donne les taux d'oreillons (pour 100 000 personnes-années) signalés entre 1992 et 1997 par cohorte de naissance. Les sujets nés entre 1971 et 1980 (17 à 26 ans) affichaient le taux le plus élevé durant cette éclosion (33,5 pour

Figure 1
Courbe épidémique des oreillons en Colombie-Britannique et à Vancouver, du 1er janvier au 31 mars 1997*



*Lorsque la date de survenue n'était pas connue, nous avons utilisé la date du rapport.

100 000 personnes-années). Dans les cohortes de naissance de 1971 à 1980 et de 1957 à 1970, les taux enregistrés lors de l'éclosion étaient plus de 18 fois supérieurs au taux de référence.

Un programme universel de vaccination combinée contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) a été lancé en C.-B. en 1981 à l'intention des enfants de ≥ 12 mois.

Les premiers suivis de cas effectués par le V/RHB semblent indiquer que des manifestations socio-culturelles publiques constituaient des facteurs de risque d'acquisition des oreillons chez les jeunes adultes. Une étude cas-témoins a été entreprise pour vérifier cette hypothèse et étudier plus à fond l'évolution de la maladie.

Des cas ont été choisis parmi ceux qui ont été signalés au système de surveillance avant le 21 mars 1997. Cinquante et un cas ont répondu à un questionnaire standard par téléphone; les médecins de famille ou les médecins traitants identifiés ont été invités à choisir des témoins appariés pour l'âge et le sexe dans la liste de leurs patients. Les médecins soignant 15 des sujets infectés ont refusé de participer; nous avons pris pour ces cas des témoins appariés qui figuraient sur la liste de patients et qui provenaient de la même région géographique. Les témoins qui avaient déjà souffert des oreillons ont été exclus. Quarante-sept paires de cas et de témoins appariés ont été étudiées.

Vingt-deux pour cent (11/51) des cas ont fait état de manifestations extra-salivaires diagnostiquées par le médecin, notamment une pancréatite, une thyroïdite et une orchite. Trente-trois pour cent des cas de sexe masculin de > 16 ans (7/21) ont signalé une douleur aux testicules durant les 2 semaines qui ont suivi l'apparition de l'oedème au niveau des glandes salivaires. Onze pour cent (6/51) de tous les cas ont mentionné des douleurs dans le haut abdomen et 47 % (24/51) ont indiqué des céphalées intenses durant ces 2 semaines.

L'efficacité du vaccin, vérifiée d'après le statut immunitaire déclaré par les sujets, était estimée à 80 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % = 29 % à 96 %).

Quatre-vingt huit pour cent (45/51) des cas ont dit se trouver dans la région du Grand Vancouver durant la période d'exposition. Parmi les 47 paires de cas-témoins appariés, le contact avec une personne atteinte des oreillons était associé de façon significative à la maladie (rapport de cotes = 13, 95 % IC = 1,95 à 552). Seize des 40 cas âgés de 17 à 40 ans, et un des neuf cas âgé de < 17 ans, ont déclaré avoir participé à un party « rave » durant la période d'exposition. Il s'agit de gigantesques rassemblements d'adolescents et de jeunes adultes qui écoutent de la musique électronique et dansent dans des endroits de type entrepôts. Parmi les facteurs de risque examinés, l'exposition durant un party « rave » était celui qui était le plus étroitement associé à la maladie (rapport de cotes = 17, 95 % IC = 2,7 à 710). Tous les participants à un party « rave » ont dit avoir partagé des boissons et avoir dansé tout près d'autres personnes. D'autres facteurs comme la fréquentation d'un établissement d'enseignement, des contacts avec > 50 personnes par jour au travail, le fait d'être un professionnel de la santé, la fréquentation de clubs de danse, de bars ou la participation à d'autres manifestations socio-culturelles et les sports de groupe n'étaient pas associés à la maladie.

Les taux accrus d'incidence relevés lors de cette éclosion donnent à penser que les cohortes de naissance de 1957 à 1980 étaient les plus à risque. Ces cohortes de naissance qui n'ont pas reçu la série vaccinale complète formeront une population adulte qui sera susceptible à des éclosions d'oreillons dans l'avenir. L'enquête, dont les résultats ont été déjà analysés[2,3], fait ressortir la forte proportion de symptômes extra- salivaires chez les adultes.

Il s'agit de la deuxième éclosion de maladie transmissible associée à des parties « rave » au Canada, la première étant une éclosion de méningite au Québec en 1996[4]. Ces manifestations socio-culturelles, qui se caractérisent par des contacts étroits et le partage de boissons, devraient être considérées comme un facteur de risque d'oreillons et d'autres infections à transmission interhumaine par gouttelettes.

À la suite de cette éclosion et de l'enquête qui a été effectuées le V/RHP a émis un avis public décrivant les parties « rave » comme un facteur de risque d'oreillons et a publié un rappel concernant le vaccin ROR.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier les personnes suivantes de leur aide et de leur coopération : J. Bowering, E. McCann, B. Waldie, M. Williams, D. Turner, S. Weatherill, C. Semturis, V/RHB, F. Azzadin, BCCDC, BC Communicable Disease Surveillance

Tableau 1
Taux d'incidence des oreillons en Colombie-Britannique, par cohorte de naissance

Cohorte de naissance	Âge en 1997 (ans)	Programme de vaccination offert	Taux pour 100 000 personnes-années (1992-1996)	Taux pour 100 000 personnes-années (janv.-mars 1997)	Rapport de taux
avant 1956 - 1956	40+	Aucun	0,15	0,74	5,0
1957-1970	27-40	Aucun	0,36	6,51	18,1
1971-1980	17-26	Aucun	1,74	33,49	19,2
1981-1990	7-16	ROR pour nourrissons	4,95	7,04	1,4
1991 - après 1991	0-7	ROR pour nourrissons	0,92	4,59	5,0

System, Vancouver, BC; le personnel régional des unités de santé de la C.-B.; et D. Werker, LLCM, Ottawa (Ont.).

Références

1. Comité consultatif de l'épidémiologie et Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM. *Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie*. RHMC 1991;17S3:24.
2. Benenson AS, éd. *Control of communicable diseases manual*. 16e éd. Washington, DC : American Public Health Association 1995:315.
3. Wharton M, Cochi SL, Williams WW. *Measles, mumps, and rubella vaccines*. Infect Dis Clin North Am 1990;4:47-73.
4. Le Guerrier P, Pilon P, Sauvageau C et coll. *Agrégation spatio-temporelle de cas d'infection invasive à* ***Neisseria meningitidis*** *du groupe B dans l'île de Montréal*. RMTC 1997;23:25-8.

Source : *A Bell, MDCM, MHSc, D^r M Fyfe, MSc, Communicable Disease Epidemiology Services, BCCDC, D^r M Bigham, MHSc, D^r P Daly, V/RHB, J Buxton, MBBS, MHSc, Community Residency Program, Department of Health Care and Epidemiology, UBC, Vancouver, BC; C Craig, DMV, BSc, Programme de formation en épidémiologie d'intervention, LLCM, Ottawa (Ont.).*

Notes internationales

PESTE HUMAINE MORTELLE — ARIZONA ET COLORADO 1996

En 1996, cinq cas de peste humaine, dont deux mortels, ont été signalés aux États-Unis; les deux personnes décédées présentaient une forme septicémique de peste qui n'a été diagnostiquée qu'après leur mort. Le présent rapport résume l'enquête qui a porté sur les deux cas mortels et met en évidence le besoin pour les dispensateurs de soins dans les régions endémiques d'être très conscients des risques de peste chez leurs patients.

Patient n° 1

Le 2 août 1996, un homme de 18 ans de Flagstaff (Arizona) a été conduit à un service de consultations externes local parce qu'il avait de la fièvre, ressentait de la douleur du côté gauche de l'aine et souffrait de diarrhée depuis 2 jours. L'examen pratiqué a révélé qu'il n'avait plus de fièvre, que son pouls était de 126 pulsations par minute, que sa fréquence respiratoire était de 20 cycles par minute, et que sa tension artérielle s'établissait à 130/81 mm Hg. Une enflure et une sensibilité du côté gauche de l'aine ont été observées. Un claquage des muscles de l'aine a été diagnostiqué et attribué à une chute survenue 2 jours plus tôt. Des anti-inflammatoires non stéroïdiens ont été administrés au patient, qui a reçu ordre de suivre un régime liquide et qui a été renvoyé chez lui. Le 3 août, le patient a dit se sentir faible; il avait de la difficulté à respirer et s'est évanoui en prenant sa douche. Des secours médicaux d'urgence ont été appelés, et le patient a fait un arrêt cardiaque pendant l'intervention des techniciens ambulanciers. Il a été transporté au service des urgences d'un hôpital et déclaré mort peu après son arrivée.

Le 8 août, la présence d'*Yersinia pestis* dans des cultures d'échan- tillons de sang obtenus au service des urgences a été établie de façon présomptive par immunofluorescence des anticorps et confirmée par lysotypie spécifique au laboratoire de *l'Arizona State Department of Health*. Des isolats de cultures post-mortem du cerveau, du foie, du poumon et de l'humeur vitrée ont été confirmés comme étant *Y. pestis* aux *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Une enquête épidémiologique par les autorités de la santé publique a révélé que le patient avait, selon toute vraisemblance, été infecté le 27 juillet après avoir été piqué par des puces elles-mêmes infectées par *Y. pestis* lorsqu'il se promenait au milieu d'une colonie de chiens de prairie *(Cynomys gunnisoni)*, dans le comté de Navajo. Des titres élevés d'anticorps dirigés contre l'antigène F1 d'*Y. pestis* ont été décelés chez deux de quatre chiens de compagnie qui vivaient avec des familles près de la colonie de chiens de prairie. Les propriétaires de chiens ont été prévenus du risque de peste et ont reçu ordre de retenir leurs bêtes et de les protéger par des pulvérisations d'insecticide de temps à autre. Des insecticides ont également été pulvérisés dans les terriers de chiens de prairie dans un rayon d'un demi-mille des habitations pour lutter contre les populations de puces.

Patient n° 2

Le 17 août 1996, une adolescente de 16 ans de l'ouest du Colorado a commencé à ressentir de la douleur, puis un engourdissement au bras gauche et une douleur au niveau de l'aisselle gauche. Les 18 et 19 août, elle a présenté des frissons et de la fièvre, et a vomi à plusieurs reprises. Le 19 août, elle a été vue au service des urgences d'un hôpital local. Sa température était de 97,4 °F (36,3 °C), son pouls, de 100 pulsations par minute, sa fréquence respiratoire, de 16 cycles par minute, et sa tension artérielle, de 103/59 mm Hg; la radiographie pulmonaire a été jugée normale. La patiente a été renvoyée chez elle après qu'eut été porté un diagnostic de traumatisme possible du plexus brachial consécutif à une chute d'une trampoline survenue le 14 août. Des analgésiques lui ont été prescrits, et un rendez-vous avec un neurologue a été fixé.

Le 21 août, l'adolescente a été trouvée à demi-consciente chez elle et ramenée au même hôpital. Elle était confuse et se plaignait de douleur au cou et d'un endolorissement généralisé. Sa température était de 102,5 °F (39,2 °C), son pouls, de 170 pulsations par minute, sa fréquence respiratoire, de 50 cycles par minute, et sa tension artérielle, de 130/70 mm Hg. Dans l'heure qui a suivi son arrivée à l'hôpital, elle a fait un arrêt respiratoire et a été intubée. Un grand nombre de diplocoques Gram positif ont été décelés dans un frottis sanguin, et une radiographie thoracique a révélé un oedème pulmonaire bilatéral. Elle a reçu 2 g de ceftriaxone par voie intraveineuse et a été transférée à un hôpital spécialisé après qu'on eut diagnostiqué une septicémie, une coagulation intravasculaire disséminée, une syndrome de détresse respiratoire aiguë de l'adulte et une méningite possible. La coloration d'expectorations par la méthode de Gram a mis en évidence des leucocytes rares, mais aucune bactérie; la patiente a été traitée pour une septicémie à germes Gram positif. Cependant, son état s'est rapidement détérioré, et elle est morte plus tard dans la journée.

Le 23 août, des hémocultures et des cultures de liquide céphalo-rachidien faites le 21 août ont permis d'isoler un bacille Gram négatif non identifié et *Streptococcus pneumoniae*. Le 26 août, *Yersinia pseudotuberculosis* a d'abord été détecté dans des

hémocultures et un prélèvement par aspiration des voies respiratoires à l'aide d'un système d'identification microbiologique rapide. Le bacille isolé dans l'hémoculture a subséquemment été identifié, de façon présomptive, comme étant *Y. pestis* à la division des services de laboratoire de l'Utah, identité qui a été confirmée aux CDC.

Une enquête environnementale par les autorités sanitaires a permis d'apprendre que beaucoup de chiens de prairie étaient morts près du domicile de la patiente. Des titres élevés d'anticorps dirigés contre l'antigène F1 d'*Y. pestis* ont été observés dans des échantillons de sérum de quatre des cinq chiens et d'un des trois chats de compagnie de la famille. Le chat séropositif présentait une lésion sous-mandibulaire qui pouvait correspondre à un abcès en voie de guérison. Les membres de la famille ont indiqué que le chat avait récemment été malade et que la jeune fille décédée en avait beaucoup pris soin. Les enquêteurs ont conclu qu'elle avait probablement été exposée à *Y. pestis* par contact direct avec du matériel infectieux quand elle manipulait le chat. Aucune des 10 colonies de puces ni aucun des 13 rongeurs (tamia mineur, *Tamias minimus* [quatre]; souris sylvestre, *Peromyscus maniculatus* [six]; et souris commune, *Mus musculus* [trois]) recueillis sur la propriété ne s'est révélé positif ni pour *Y. pestis* (puces) ni pour les anticorps dirigés contre *Y. pestis* (rongeurs). Parce que le diagnostic a été porté après la période d'incubation normale de 7 jours de la peste, aucun antibiotique n'a été prescrit à titre prophylactique aux membres de la famille ni au personnel médical.

Note de la rédaction du MMWR

Aux États-Unis, la plupart des cas de peste humaine signalés proviennent du Nouveau-Mexique, de l'Arizona, du Colorado et de la Californie[1,2]. Les principales formes de peste sont la forme bubonique, septicémique (primaire et secondaire), et pneumonique (primaire et secondaire). De 1947 à 1996, un total de 390 cas de peste ont été signalés, dont 60 (15,4 %) cas mortels. La peste bubonique a été diagnostiquée dans 327 cas (83,9 %) de ces cas, dont 44 (13,5 %) cas mortels; la peste septicémique primaire, dans 49 cas (12,6 %), dont 11 (22,4 %) cas mortels; et la peste pneumonique primaire, dans sept cas (1,8 %), dont quatre (57,1 %) cas mortels. Sept (1,8 %) cas n'ont pas été classés, dont un (14,3 %) cas mortel (CDC, données inédites, 1997). Au cours de la période de 1965 à 1989, 27 personnes en tout ont été traitées pour la peste au *Gallup Indian Medical Center*, au Nouveau-Mexique. Des signes classiques de peste bubonique n'étaient présents que chez 10 (37 %) de ces personnes; les diagnostics provisoires portés dans les autres cas ont notamment été : infections apparentes des voies respiratoires supérieures, syndromes fébriles non spécifiques, infections du tractus gastro-intestinal ou des voies urinaires, ou méningite[3]. Les syndromes chez les deux patients dont il est question dans le présent rapport ont d'abord été attribués à des traumatismes et ont été traités avec des analgésiques.

Le médecin peut ne pas considérer la possibilité d'une peste bubonique s'il ne décèle pas d'hypertrophie ni de sensibilité des ganglions lymphatiques, ou si ces signes ne sont pas présents à l'examen physique. Des indices d'adénite régionale devraient éveiller des soupçons de peste chez un patient qui vit ou qui s'est récemment rendu dans une région où la peste est endémique. La peste septicémique sans adénopathie manifeste est plus difficile à diagnostiquer, car les manifestations sont non spécifiques (p. ex., température élevée, frissons, douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhée, tachycardie, tachypnée et hypotension)[4].

Un patient qui présente des signes cliniques de septicémie et des antécédents d'exposition possible à la peste, particulièrement au cours du printemps, de l'été et de l'automne, doit faire l'objet d'un traitement agressif comme s'il avait la peste. Même avant l'obtention d'un diagnostic de laboratoire précis, un traitement antibiotique à la streptomycine devrait être amorcé; la gentamicine, le chloramphénicol et les tétracyclines peuvent également être employés. Les pénicillines et les céphalosporines ne sont pas efficaces pour traiter la peste, même si leur activité est souvent démontrée in vitro[5].

Lorsque la peste est soupçonnée, plusieurs échantillons de sang devraient être prélevés au cours d'une période de 45 minutes avant que l'antibiothérapie ne soit mise en route, à moins que ce délai ne soit contre-indiqué en raison de l'état du patient. La méthode d'immunofluorescence directe pour l'identification présomptive rapide de l'antigène F1 d'*Y. pestis* devrait être appliquée aux échantillons cliniques appropriés (p.ex., prélèvements biopsiques des ganglions lymphatiques, isolats mis en culture ou frottis sanguins), et si la peste pneumonique est soupçonnée, au liquide de lavage trachéal ou aux frottis d'expectorations. Les systèmes d'identification microbiologique rapide n'incluent peut-être pas des profils adéquats d'*Y. pestis* dans leur base de données et, en conséquence, peuvent prendre *Y. pestis* pour *Y. pseudotuberculosis*[6]. Des échantillons de sérum de phase aiguë et de sérum de convalescent devraient être obtenus pour la détection par dosage immunoenzymatique ou hémagglutination passive des anticorps dirigés contre l'antigène F1 d'*Y. pestis*.

Les mesures à prendre pour prévenir la peste humaine sont entre autres la surveillance de la peste chez les rongeurs et leurs prédateurs, et l'éducation du public.

Références

1. CDC. *Human plague – United States, 1993-1994*. MMWR 1994;43:242-46.
2. CDC. *Prevention of plague: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*. MMWR 1996;45(no. RR-14):5.
3. Crook LD, Tempest B. *Plague: a clinical review of 27 cases*. Arch Intern Med 1992;152:1253-56.
4. Hull HF, Montes JM, Mann JM. *Septicemic plague in New Mexico*. J Infect Dis 1987;155:113-18.
5. Craven RB. *Plague*. Dans : Hoeprich PD, Jordan MC, Ronald AR, éds. *Infectious diseases: a treatise of infectious processes*. 5e éd., Philadelphia, Pennsylvania : J.B. Lippincott Company, 1994:1302-12.
6. Wilmoth BA, Chu MC, Quan TJ. *Identification of Yersinia pestis by BBL Crystal Enteric/Nonfermenter Identification System*. J Clin Microbiol 1996;34:2829-30.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 46, N° 27, 1997.*

Erratum

INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* AU CANADA : MISE À JOUR
Vol. 23-15, page 114

La deuxième phrase du deuxième paragraphe de la page 114. « Environ 40 % des hommes et 60 % des femmes atteints d'une chlamydiose souffrent en même temps d'une gonorrhée », est erronée. Elle devrait se lire comme suit : « Environ 40 % des hommes et 60 % des femmes **atteints d'une gonorrhée** souffrent en même temps d'une **chlamydiose** ».

Les proportions d'hommes et de femmes co-infectés par le gonocoque et *Chlamydia* ont été établies à la suite d'un survol des données scientifiques publiées. Voici un résumé des résultats d'études récentes sur cette co-infection :

- Environ 15 % à 25 % des hommes et 30 % à 50 % des femmes atteints de gonorrhée aiguë sont également infectés par *chlamydia*[1].
- Une co-infection par *chlamydia* est observée chez 15 % à 25 % des hommes et 30 % à 40 % des femmes atteints de gonorrhée[2].
- Une infection concomitante à *chlamydia* est fréquente (chez 20 % à 30 % des hommes symptomatiques et 30 % à 50 % des femmes souffrant d'une gonorrhée)[3].
- Environ 44 % à 79 % des femmes atteintes de gonorrhée sont également infectées par *C. trachomatis*[4].
- 56,5 % des adolescentes enceintes souffrant d'une gonorrhée présentaient également une chlamydiose[5].
- 20 % des hommes et 38 % des femmes souffrant d'une gonorrhée avaient en même temps une infection à *chlamydia*[6].
- 44 % des adolescentes présentant une gonorrhée étaient également infectées par *chlamydia*[7].

Dans les études citées ci-dessus, les taux de co-infection sont exprimés par rapport au nombre total des patients infectés par le gonocoque. Autrement dit, le dénominateur est constitué de l'ensemble des cas d'infection gonococcique (y compris les cas de co-infection)

Références

1. Hook EW III, Handsfield HH. *Gonococcal infections in the adult*. Dans : Holmes KK, Mardh P-A, Sparling PF et coll. éds. *Sexually transmitted diseases*. 2e éd. New York : McGraw-Hill, 1990:149-65.
2. Stamm WE, Holmes KK. ***Chlamydia trachomatis** infections of the adult*. Dans : Holmes KK, Mardh P-A, Sparling P et coll. éds. *Sexually transmitted diseases*. 2e éd. New York : McGraw-Hill, 1990:181-93.
3. Ronald A, Peeling R. *Les infections transmises sexuellement : Leurs manifestations et leurs liens avec l'infertilité et les maladies de l'appareil reproducteur*. Dans : *Compréhension de l'infertilité : facteurs de risque*. Études de la Commission royale sur les nouvelles techniques de reproduction, Vol. 7. Ottawa (Ont.) : Ministre des Approvision- nements et Services Canada, 1993:1-131.
4. Davies HD, Wang EEL, The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Periodic health exam, 1996 update: 2. Screening for chlamydial infections*. Can Med Assoc J 1996;154(11):1631-44.
5. Kim Oh M, Cloud GA, Baker SL et coll. ***Chlamydia** infection and sexual behaviour in young pregnant teenagers*. Sex Transm Dis 1993;20(1):45-50.
6. Hart G. *Risk profiles and epidemiologic interrelationships of sexually transmitted diseases*. Sex Transm Dis 1993;20(3):126-36.
7. Golden N, Hammerschlag M, Neuhoff S et coll. *Prevalence of **Chlamydia trachomatis** cervical infection in adolescents*. Am J Dis Child 1984;138:562-64.

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) : la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D^r John Spika (613) 957-4243
D^r Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditique : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Centre des service aux membres N° de téléphone : (613) 731-8610, poste 2307
Association médicale canadienne FAX : (613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista
Ottawa (Canada) K1G 3Y6

Prix par année :
Abonnement de base : 80 $ (et frais connexes) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel 150 $ (et frais connexes) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1997